



**You have downloaded a document from
RE-BUŚ
repository of the University of Silesia in Katowice**

Title: Rola rodziny w kształtowaniu prozdrowotnych postaw wobec własnego ciała i zdrowia dziewcząt

Author: Karina Leksy

Citation style: Leksy Karina. (2014). Rola rodziny w kształtowaniu prozdrowotnych postaw wobec własnego ciała i zdrowia dziewcząt. W: A. Dworak, K. Leksy (red.), "Kobieta - zdrowie - ciało : perspektywa biopsychospołeczna" (S. 133-145). Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Rola rodziny w kształtowaniu prozdrowotnych postaw wobec własnego ciała i zdrowia dziewcząt

Karina Leksy

Rodzina – jak pisze Maria Przetacznikowa – od początku życia dziecka stanowi najbliższe mu otoczenie społeczne. W miarę rozwoju dziecka następuje stopniowe rozluźnianie więzów rodzinnych na rzecz rozszerzania kontaktów ze środowiskiem rówieśniczym, jednak formalna struktura rodzinna, a przede wszystkim atmosfera życia rodzinnego silnie oddziałują na kształtującą się osobowość zarówno małego dziecka, jak i później młodego człowieka, decydując o jego dobrym lub złym przystosowaniu społecznym¹. Jednocześnie rodzina poprzez spełnianie funkcji socjalizacyjnej jest pierwszą i podstawową instytucją, gdzie dziecko uczy się podstawowych zachowań oraz zdobywa najistotniejsze dla swojego rozwoju informacje i doświadczenia zdrowotne². A zatem to przede wszystkim w ramach rodziny następuje wychowanie zdrowotne i kształtowanie postaw wobec zdrowia, przekazywanie pewnych elementów wiedzy dotyczącej zdrowia i choroby, wyrabianie emocjonalnego stosunku do zdrowia jako wartości, uczenie podstawowych nawyków higienicznych i pielęgnacyjnych, zachowań pro- i antyzdrowotnych, zachowań w chorobie itd.³ Zakres wiedzy i doświadczeń zdrowotnych dziecka w rodzinie jest więc bardzo szeroki: od higieny osobistej, poprzez higienę żywienia, aż do higieny psychicznej i racjonalnej organizacji czasu wolnego. Oddziaływanie zdrowotne rodziny na swoich członków ma niewątpliwie związek z poziomem pełnienia funkcji jej przypisanych, a to z kolei uwarunkowane jest m.in. wykształceniem rodziców i poziomem ich kultury pedagogicznej, sposobem spędzania czasu wolnego, poziomem uznawania wartości zdrowia, warunkami ekonomiczno-bytowymi rodziny itp.⁴ Kompetencje

¹ M. PRZETACZNIKOWA: *Rozwój i wychowanie dzieci i młodzieży w średnim wieku szkolnym*. Warszawa 1971.

² C. LEWICKI: *Edukacja zdrowotna: systemowa analiza zagadnień*. Rzeszów 2006, s. 145.

³ B. TOBIASZ-ADAMCZYK: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków 2000, s. 171.

⁴ C. LEWICKI: *Edukacja zdrowotna...*, s. 106.

rodziców⁵ w zakresie edukacji zdrowotnej są zatem bardzo zróżnicowane i uwarunkowane wieloczynnikowo. Na kompetencje te składa się określony system wartości, który pomaga rodzicom rozróżnić to, co jest istotne dla dobra dziecka, od tego, co pozorne i krótkotrwałe; pozwala im diagnozować stan kondycji zdrowotnej i fizycznej dziecka, ułatwia współdziałanie z dziećmi i kształtowanie ich postaw zdrowotnych; umożliwia przewidywanie długofalowych skutków własnych pedagogicznych posunięć i zapobieganie zagrożeniom zdrowia i życia dziecka⁶. Wszystkie wymienione aspekty wychowania zdrowotnego w rodzinie są niezwykle ważne, tym bardziej, że znaczenie dzieciństwa dla funkcjonowania człowieka w życiu dorosłym podkreślane jest przez psychologię rozwojową i odnosi się również do spraw związanych ze zdrowiem. Ukształtowane bowiem we wczesnym dzieciństwie prawidłowe postawy zdrowotne są znacznie trwalsze i pełniejsze niż te ukształtowane w późniejszym okresie⁷. Również teoria społecznego uczenia się zakłada, że rodzice są ważnymi przedstawicielami procesu socjalizacji. Wpływają oni nie tylko na zachowania bezpośrednio związane ze zdrowiem (np. zabiegi higieniczne, aktywność fizyczna czy zdrowe odżywianie), ale również na wizerunek ciała swoich dzieci poprzez modelowanie zachowań oraz kształtowanie opinii⁸. Warto w tym miejscu podkreślić, że wizerunek ciała jest dzisiaj tym czynnikiem, który w dużym stopniu wyznacza sposób jego traktowania, podejmowane zachowania oraz codzienne biopsychospołeczne funkcjonowanie, wszystko to natomiast może pośrednio lub bezpośrednio wpływać na szeroko pojęte zdrowie jednostki. Dlatego też rola i odpowiedzialność rodziców w kształtowaniu pozytywnego wizerunku ciała dziecka, a tym samym zachowań sprzyjających zachowaniu i pomnażaniu zdrowia, wydaje się ogromna.

Oczekiwania, jakie rodzice mają wobec swojego nienarodzonego jeszcze dziecka, kontynuowane są w następnych latach jego życia poprzez postawy rodzicielskie, komentarze i zachowania. Przez wszystkie lata rozwojowe dzieci internalizują sposób, w jaki są dotykane, w jaki się o nich rozmawia oraz to, czy są akceptowane/odrzucone przez członków rodziny⁹. Szczególnie podkreśla się interakcje między matką a dzieckiem, wpływające na kształtowanie się wizerunku ciała u dziecka, ponieważ uwzględnia ono i identyfikuje się z ciałem rodzica jako częścią swojego własnego obrazu¹⁰. Ponadto stwierdzono, że matki, które miały

⁵ Jak podaje C. Lewicki (*Edukacja zdrowotna...*, s. 130), kompetencje uzyskuje się w toku kształcenia oraz doświadczenia życiowego (w odróżnieniu do kwalifikacji, które zdobywa się zwykle w toku kształcenia szkolnego).

⁶ C. LEWICKI: *Edukacja zdrowotna...*, s. 140.

⁷ Ibidem, s. 145.

⁸ A. BRYTEK-MATERA: *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Warszawa 2008, s. 20.

⁹ Ibidem, s. 20.

¹⁰ P. SCHILDER: *The Image and Appearance of the Human Body*. New York 1950. Podano za: A. BRYTEK-MATERA: *Obraz ciała – obraz siebie...*, s. 21.

krytyczny stosunek do własnego ciała, były krytyczne również wobec wyglądu córek. Te z kolei prezentowały bardziej negatywny wizerunek własnego ciała, co predysponowało je do podejmowania zachowań niesprzyjających zdrowiu, np. stosowania rygorystycznych diet, w efekcie powodując dużą częstość występowania bulimii. Jednocześnie warto zwrócić uwagę na rolę ojca w kształtowaniu się wizerunku ciała dorastających dziewcząt. Okazuje się bowiem, że zachowanie ojca wobec córki oraz jej dojrzewającego ciała odgrywa istotną rolę w kształtowaniu się uczuć wobec własnego ciała i wobec faktu stawiania się kobietą. U młodej dziewczyny przekonania ojca, dotyczące „idealnej” kobiecej sylwetki, jego postawy wobec wyglądu fizycznego, reakcje na zmieniające się ciało córki oraz komentarze na temat dojrzewania, mają wpływ zarówno na kształtowanie się jej schematu ciała, jak również na rozwój wizerunku ciała (w sposób pozytywny lub negatywny)¹¹. Co więcej, jak zauważa Krzysztof Jusiński w rozmowie z Dorotą Krzemionką: „Rodzic, który wytyka dziecku, że jest na przykład grube, to prześladowca. Znęca się nad dzieckiem, a przedmiotem prześladowania staje się ciało. Dziecko zaczyna odbierać swoje ciało jako prześladowające. Obraz ciała i przypisane mu intencje przejmują relację z rodzicem. Gdy rodzic stwierdza: »Jesteś brzydką pokraką«, to tym samym mówi: »Twoje ciało nigdy nie da ci przyjemności«. I faktycznie ciało zaczyna prześladować i gnębić swojego właściciela. Każde spojrzenie w lustro jest aktem masochizmu”¹². Warto w tym miejscu podkreślić, że szczególnie w przypadku dziewcząt szybka zmiana budowy ciała w okresie dojrzewania wpływa znacznie na własny wizerunek i odgrywa główną rolę nie tylko w kontekście psychospołecznych koncepcji kształtowania tożsamości, lecz także w kontekście współczesnego ideału piękna¹³.

Simone de Beauvoir mawiała: „Nie przychodzę na świat jako kobieta, lecz staję się nią”, wskazując tym samym rolę innych czynników w kształtowaniu tego, co można nazwać kobiecością. Bowiem poza odmiennością płciową bycie kobietą wydaje się wiązać ze specyficzną tożsamością, która nabywana jest w drodze przeżywania i doświadczania. Do rozwoju tej tożsamości potrzebne są zarówno geny, determinujące biologiczne podłoże kobiecości, jak i mechanizmy psychicznej przemiany, związane z uzyskaniem w pewnym momencie samoświadomości: „Jestem kobietą”¹⁴. Funkcjonujące modele kobiecości są silnie zakorzenione w historii i kulturze. Utrzymywany przez wieki stereotyp kobiety zajętej pielęgnowaniem ogniska domowego przerodził dziewiętnastowieczne idee: Dwóch Sfer i Kultu Prawdziwej Kobiecości. Doktryna Dwóch Sfer okreś-

¹¹ A. BRYTEK-MATERA: *Obraz ciała – obraz siebie...*, s. 22.

¹² K. JUSIŃSKI, D. KRZEMIONKA: *Wygności z ciała. „Style i Charaktery”* 2013, nr 3, s. 21.

¹³ J. SURZYKIEWICZ: *Współczesne dziewczyny nie mają problemów? Obraz współczesnych nastolatek i jego znaczenie w pracy edukacyjno-wychowawczej z dziewczętami*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, 2012, s. 16. Źródło: <http://www.ore.edu.pl>; Data dostępu: 20.09.2012 r.

¹⁴ K. SITNIK: *Psychologia kobiety*. W: *Psychologia. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych*. Red. A. TRZCIEŃECKA-GREEN. Kraków 2006, s. 278.

łała kobietę jako różną od mężczyzny oraz skupioną na domu i dzieciach. Kult Prawdziwej Kobiecości gwarancję szczęścia kobiety upatrywał włączeniu takich przymiotów jak: pobożność, czystość, uległość oraz domatorstwo. Większa religijność i szlachetność kobiety miały przy tym świadczyć o jej wyższości moralnej. Po okresie kryzysu i lansowania kobiet o delikatnych sylwetkach u progu połowy XX wieku ideałem kobiecości stała się Marilyn Monroe, natomiast współczesne stereotypy kobiecości coraz częściej zaczęły przypisywać duże znaczenie wyglądowi fizycznemu¹⁵. Jednocześnie, biorąc pod uwagę, że obecnie podstawową bazę, na której wznosi się „ja” człowieka, stanowi ciało, to również postrzeganie własnej cielesności kobieta uczy się od najwcześniejszych lat swego życia, przy czym szczególną rolę do odegrania mają rodzice i opiekunowie, bowiem to od nich mała dziewczynka otrzymuje pierwsze informacje wskazujące na te przyjemne i wartościowe bądź zakazane i stanowiące obszar tabu strony własnego ciała¹⁶. Dlatego też wśród czynników mających istotny wpływ na kształtowanie kobiecej tożsamości wyróżnia się także postawy rodzicielskie jako czynnik mający istotny wpływ na kształtowanie pewnych ogólnie uznawanych wzorców kobiecości (w przypadku chłopców – wzorów męskości). Wskazują one, że dziewczynki na przykład uczone są silniejszej kontroli złości czy asertywnych zachowań, częściej zachęcane są do domatorstwa i dbałości o własną atrakcyjność, a ich stosunek do późniejszych partnerów ma ścisły związek z rodzajem więzi, jaką łączy je z rodzicami. Na rozwoju kobiecości silne piętno odciska wspomniana powyżej wczesna relacja z matką. Więź córki z matką daje możliwość ukształtowania tożsamości kobiecej dzięki podobieństwu płci. Dziewczynka może zaakceptować siebie bez ostrej walki, a gdy dorośnie, niejako odtworzyć tę wczesną więź w relacji z własnym ciałem¹⁷. Ponadto, zdaniem Krzysztofa Jusińskiego: „Jeśli matka była odpowiednio dobra, wystarczająco dużo karmiła i przytulała, a zarazem stawiała granice, to u dziecka kształtuje się obraz siebie jako kogoś odrębnego. Dziecko przegląda się w oczach rodzica. Jeśli dostrzega w nich niechęć czy rozczarowanie, uwewnętrznia to uczucie i w przyszłości podobnie traktuje siebie. Jeśli zaś rodzic akceptował dziecko takim, jakie było, to przejmie ono ten stosunek i akceptuje siebie”¹⁸.

Akceptacja płynąca ze strony opiekunów, znajdująca swój wyraz w czułym kontakcie fizycznym, spojrzeniach i słowach, w połączeniu z umiejętnością kształtowania doświadczenia cielesnego dziecka jest podstawą poczucia spójności z własnym ciałem¹⁹. Troskliwy opiekun dzięki dużej wrażliwości na potrzeby

¹⁵ L. BRANNON: *Psychologia rodzaju*. Gdańsk 2002. Podano za: K. SITNIK: *Psychologia kobiety...*, s. 288–289.

¹⁶ K. SITNIK: *Psychologia kobiety...*, s. 286.

¹⁷ L. BRANNON: *Psychologia rodzaju...* Podano za: K. SITNIK: *Psychologia kobiety...*, s. 283–288.

¹⁸ K. JUSIŃSKI, D. KRZEMIONKA: *Wygłani z ciała...*, s. 20.

¹⁹ B. MIRUCKA, O. SAKSON-OBADA: *Ja cielesne. Od normy do zaburzeń*. Sopot 2013, s. 74.

dziecka, umiejętności empatycznego odzwierciedlania jego stanów emocjonalnych wraz z istotnymi dla nich niuansami, tworzy bezpieczną relację przywiązania, która z kolei stanowi fundament kształtowania się tożsamości cielesnej dziecka²⁰. Zgodnie z koncepcją wzorców przywiązania²¹ akceptacja własnego ciała osób o bezpiecznym stylu przywiązania jest związana nie tylko z wczesnymi, pozytywnymi doświadczeniami siebie cielesnego, ale także z poczuciem autonomii. Wagę tych czynników wskazuje się w okresie adolescencji, gdy w zasadzie większość dziewcząt jest niezadowolona z własnego wyglądu. Tymczasem rdzenna akceptacja własnego ciała w połączeniu z autonomią może przyczynić się do zachowania dystansu wobec kulturowych nakazów, które stawiają młode dziewczęta wobec niemożliwych do spełnienia standardów wagi i proporcji ciała.

Zdolność opiekuna do nawiązania bezpiecznej relacji wyraża się w szeregu codziennych interakcji z dzieckiem. A zatem więź buduje się na podstawie zwykłych doświadczeń, z których składa się codzienne życie dziecka. Ich jakość wyznacza charakter relacji, gdyż stanowi podstawowe źródło informacji o stosunku otoczenia do przeżyć dziecka. Jeśli jego przeżycia są zauważane i akceptowane oraz spotykają się z adekwatną odpowiedzią, wtedy dziecko nabiera podstawowego poczucia bezpieczeństwa, leżącego u podłoża bezpiecznego wzorca przywiązania²². Według Mary D.S. Ainsworth główną rolę w procesie budowania bezpiecznego przywiązania odgrywają takie cechy opiekuna, jak: akceptacja dziecka, wrażliwość, osiągalność i współdziałanie z nim, a także bliskość fizyczna²³. Osoby bezpiecznie przywiązane są nie tylko otwarte na doznania płynące z ciała, ale także mają dobrą orientację we własnych potrzebach cielesnych i stanach emocjonalnych²⁴. Warto także zwrócić uwagę, że budowanie tożsamości cielesnej dziecka na podstawie bezpiecznej relacji przywiązania dokonuje się skutecznie wtedy, gdy sam opiekun/rodzic osiągnął wcześniej dostatecznie wysoki poziom rozwoju swojego Ja cielesnego²⁵. Oznacza to, że jest on

²⁰ Ibidem, s. 155.

²¹ Zob. np. B. MIRUCKA, O. SAKSON-OBADA: *Ja cielesne...*, s. 65–79.

²² Opiekunowie dzieci bezpiecznie przywiązanych częściej niż pozostali rodzice nawiązują kontakt fizyczny z dzieckiem. Tulenie, kołysanie czy inne formy bliskości fizycznej są nie tylko sposobem na uspokojenie dziecka, ale także kanałem wyrażania akceptacji (podano za: B. MIRUCKA, O. SAKSON-OBADA: *Ja cielesne...*, s. 73).

²³ M.D.S. AINSWORTH: *Attachment: Retrospect and Prospekt*. W: *The Place of Attachment in Human Behaviour*. Red. C.M. PARKES, J. STEVENSON-HINDE. New York 1982, s. 3–30. Podano za: B. MIRUCKA, O. SAKSON-OBADA: *Ja cielesne...*, s. 68; W kontekście szeroko rozumianego zdrowia nie do przecenienia są również takie kompetencje rodzica, jak umiejętności trafnego nazywania stanów fizycznych i emocjonalnych dziecka (Podano za: B. MIRUCKA, O. SAKSON-OBADA: *Ja cielesne...*, s. 155).

²⁴ O. SAKSON-OBADA: *Pamięć ciała. Ja cielesne w relacji przywiązania i w traumie*. Warszawa 2009.

²⁵ Ja cielesne to sposób doświadczania siebie cielesnego przejawiającego się w funkcjach oraz psychicznych reprezentacjach (obrazie siebie cielesnego), mając swój najbardziej znaczący wyraz w tożsamości cielesnej podmiotu (podano za: B. MIRUCKA, O. SAKSON-OBADA: *Ja cielesne...*, s. 14).

zintegrowany i ugruntowany we własnym doświadczeniu siebie cielesnego. Jego pozytywny wizerunek siebie wraz z obrazem własnej cielesności stanowić może pewnego rodzaju matrycę i punkt odniesienia dla kształtującego się wizerunku dziecka. Podobnie działania opiekuna ukierunkowane na dostarczanie sobie wsparcia, ukojenia czy pocieszenia nie na drodze nadmiernego stymulowania ciała lub manipulowania nim (np. poprzez zażywanie środków odurzających, stosowanie restrykcyjnych diet, wyczerpujących ćwiczeń fizycznych itp.), ale przez dojrzałą regulację emocjonalną (np. poprzez werbalną ekspresję swoich stanów), stają się pomocnym i zarazem nieocenionym wzorcem dla dziecka, uczącego się konstruktywnego radzenia sobie ze swoimi doznaniem i przeżyciami. Dojrzałe, prawidłowe doświadczenie siebie cielesnego przez rodzica/opiekuna dziecka wyraża się między innymi w dowartościowywaniu i docenianiu wymiaru somatycznego i emocjonalnego funkcjonowania człowieka. Przykładem takiej postawy mogą być wszelkiego rodzaju działania prozdrowotne, jak chociażby:

- podejmowanie aktywności fizycznej w celu utrzymania dobrej kondycji i sprawności, a także dostarczania sobie przyjemności;
- dbałość o racjonalne odżywianie się;
- troska o swój ubiór, który obok funkcji ochronnej spełnia także rolę ważnego środka wyrazu siebie.

Współcześnie istnieje bardzo silny pozytywny związek między poziomem atrakcyjności fizycznej a poczuciem Ja. Zjawisko to jest szczególnie mocno widoczne w krytycznym pod względem postrzegania własnej atrakcyjności okresie, pomiędzy czwartą klasą szkoły podstawowej a szkołą średnią. Ocena poziomu własnej atrakcyjności zmniejsza się z upływem czasu²⁶, a kojarzenie wyglądu z poczuciem satysfakcji i sukcesu czyni obecnie już 12–14-letnie dziewczęta niewolnicami lansowanych powszechnie cudownych diet czy środków zapewniających wieczną młodość²⁷. Nastolatki, przeżywając liczne stresy związane z poszukiwaniem własnego Ja, ze współzawodniczeniem z rówieśnikami, wiele energii poświęcają też trosce o własny wygląd. Co więcej, dorastanie córki to burzliwy okres przeobrażeń, którym towarzyszą liczne wahania między tym, co prawdziwe, a tym, co pożądane²⁸. Ideał smukłego ciała najczęściej nie jest traktowany krytycznie, a młode kobiety, niemające jeszcze ukształtowanej osobowości, za prawdziwe biorą to, co jest jedynie fetyszem ideologicznym²⁹. Szczególnie wtedy potrzebne jest wsparcie i zrozumienie ze strony najbliższych, zwłaszcza matki. Dziewczynka, wkraczając w wiek młodzieńczy, wkracza bowiem w okres

²⁶ J. SURZYKIEWICZ: *Współczesne dziewczyny nie mają problemów?*..., s. 17.

²⁷ K. SITNIK: *Psychologia kobiety*..., s. 289.

²⁸ J. BORYSENKO: *Księga życia kobiety. Ciało – Psychika – Duchowość*. Gdańsk 2002. Podano za: K. SITNIK: *Psychologia kobiety*..., s. 292.

²⁹ M. JABŁOW: *Na bakier z jedzeniem*. Tłum. M. PRZYLIPIAK. Gdańsk 1993. Podano za: I. SIKORSKA: *Doświadczenie własnego ciała w biegu życia*. W: *Zdrowie – stres – choroba w wymiarze psychologicznym*. Red. H. WRONA-POLAŃSKA. Kraków 2008, s. 202.

nagłego spadku poczucia własnej wartości czy zanegowania siebie. Zjawisko to Joan Borysenko określa jako syndrom Królowny Śnieżki, a jego istotę stanowi trudność, jaką sprawia pogodzenie własnych ambicji i dążeń z potrzebą podobania się³⁰. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że tożsamość cielesna kobiety jest ściśle powiązana z jej poczuciem własnej wartości³¹, dlatego pewnego rodzaju alternatywą wydaje się próba budowania takiego poziomu poczucia własnej wartości dziewcząt i kobiet, aby na przykład niedoskonałości ich ciała nie wpływały na ich globalną samoocenę wraz ze wszystkimi tego konsekwencjami. Niestety, nie mając poczucia własnej wartości, szukamy jej na zewnątrz³². U źródeł takiego stanu rzeczy może leżeć niewystarczająca troska o budowanie poczucia własnej wartości u dzieci, w tym szczególnie u bardziej wrażliwych emocjonalnie istot, jakimi są dziewczynki, co w konsekwencji może prowadzić do kształtowania się tożsamości kobiety w kierunku „od zewnątrz do wewnątrz”³³.

Bez wątpienia w rozwoju pozytywnego doświadczania siebie cielesnego i poczucia własnej wartości szczególną rolę odgrywa pomyślne przejście okresu transformacji dziecka (tu kobiety) w osobę dorosłą, w którym istotną rolę odgrywają rodzice i opiekunowie. Podczas tych przemian bardzo pożądanym typem kompetencji rodziców jest umiejętność wspierania dojrzewającej nastolatki (również nastolatka) w poczuciu atrakcyjności i aдекватności, w asymilowaniu nowych doświadczeń, w przeżywaniu silnych emocji, fascynacji, zakochania oraz w konfrontowaniu się z pierwszymi zawodami miłosnymi³⁴. Należy również zauważyć, że w niektórych typach rodzin strategie rodzinne polegają na zachęcaniu członków rodziny do rozwijania pozytywnej samooceny czucia się zdolnym i ufnym w pokonywaniu różnych wyzwań życiowych. Podczas interakcji z dziećmi rodzice zachęcają je na przykład do postrzegania siebie jako posiadających raczej pozytywne niż negatywne cechy, podkreślają walory dziecka i dostarczają mu okazji do doświadczania powodzenia. Są jednak i takie systemy rodzinne, w których kształtuje się u członków obniżone poczucie osobistych kompetencji³⁵. Zróżnicowanie wśród rodzin jest także widoczne w prezentowaniu strategii służących kontrolowaniu tożsamości jej członków. W jednych rodzinach strategii kontrolnych jest więcej, w innych mniej. Ważne wydaje się to, czy strategie są elastyczne, czy też sztywne i z góry ustanowione, czy pozwalają na rozwijanie tożsamości, czy też ograniczają jej rozwój. To znaczy, czy członkowie rodziny mają swobodę w rozwijaniu ich własnej tożsamości opartej na własnych

³⁰ J. BORYSENKO: *Księga życia kobiety...* Podano za: K. SITNIK: *Psychologia kobiety...*, s. 292–293.

³¹ K. SITNIK: *Psychologia kobiety...*, s. 287.

³² I. MAJEWSKA-OPIEŁKA: *Siła kobiecości*. Sopot 2011, s. 263–264.

³³ E. KASCHACK: *Nowa psychologia kobiety. Podejście feministyczne*. Tłum. J. WĘGRODZKA. Gdańsk 1996, s. 76–80.

³⁴ B. MIRUCKA, O. SAKSON-OBADA: *Ja cielesne...*, s. 157.

³⁵ M. PŁOPA: *Psychologia rodziny: teoria i badania*. Kraków 2007, s. 23.

zasobach, potencjalnych możliwościach, czy są oni zmuszani przez oczekiwania systemu do „kreowania” rozwoju szczególnej tożsamości, która przecież nie musi pasować do ich wrodzonych zdolności. Należy podkreślić, że nadmierna kontrola w kreowaniu tożsamości dziecka może być niszczącym procesem pozbawiającym go prawa ćwiczenia osobistej kontroli nad tym, kim on czy ona jest i jak on/ona chcieliby być postrzegani przez innych³⁶. Zapewne w znacznym stopniu wynika to z faktu, iż rodzice mają wobec dziecka niejednokrotnie różne oczekiwania (płeć, wygląd, inteligencja), a ich niespełnianie może doprowadzić do uformowania się niewłaściwych postaw jednego z rodziców lub obojga³⁷. W kontekście postaw rodzicielskich warto przytoczyć szeroko stosowaną typologię autorstwa Marii Ziemskiej, w ramach której autorka wyodrębniła osiem postaw naczelných ułożonych w cztery przeciwstawne pary. Są to:

- akceptacja – odrzucenie;
- współdziałanie – unikanie;
- rozumna swoboda – nadmierne ochranianie;
- uznanie praw – nadmierne wymaganie³⁸.

Jak wynika z badań³⁹, akceptacja dziecka przez rodziców, uznawanie jego praw, ich ciepły stosunek do niego oraz wsparcie psychiczne oddziałują dodatnio na rozwój emocjonalny, społeczny oraz intelektualny dziecka, sprzyjając m.in. nabywaniu przez nie umiejętności wyrażania uczuć, nawiązywania trwałych więzi emocjonalnych, a także samodzielności i odpowiedzialności. Z kolei rygorystyczna postawa rodziców względem dziecka, jego nadmierne ograniczanie oraz karanie, przy jednoczesnym braku akceptacji i okazywania ciepła uczuciowego, wywierają ujemny wpływ głównie na rozwój psychospołeczny. Efektem takich oddziaływań może być m.in. niezdolność nawiązywania trwałych więzi uczuciowych, nieufność i lęk wobec innych, a także trudności przystosowawcze, reakcje nerwicowe, a nawet otyłość czy zaburzenia odżywiania.

Znaczenie postaw rodzicielskich dla zdrowia i rozwoju dziecka jest szczególnie wyraźne w etiologii zaburzeń odżywiania. Ze względu na to, że zaburzenia te dotyczą głównie dziewcząt i kobiet, stanowią jednocześnie doskonały przykład, jak ważną rolę pełni rodzina w kształtowaniu ich zdrowia, stosunku i zachowań względem własnego ciała. W tym kontekście należy zaznaczyć, iż wielu autorów dostrzega podobieństwa funkcjonowania „rodzin anorektycznych” i „bulimicznych”. Według Guntharda Webera i Helma Stierlina rodziny te funkcjonują według następujących zasad:

³⁶ Ibidem, s. 24.

³⁷ Ibidem, s. 264.

³⁸ M. ZIEMSKA: *Postawy rodzicielskie*. Warszawa 1973.

³⁹ M. ZIEMSKA: *Rodzina i dziecko*. Warszawa 1986. Podano za: A. DANEK: *Dysfunkcjonalność rodziny. Wybrane konsekwencje psychopedagogiczne na przykładzie młodzieży z otyłością prostą*. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego MCLXXXIX, Prace Pedagogiczne, z. 25, 1996, s. 89–90.

- zewnętrzne granice rodziny są sztywne/nieprzepuszczalne;
- autonomia i dążenia do rozdzielania są ograniczone, duże znaczenie przypisywane jest spoistości;
- członkowie rodziny oczekują zaspokojenia swoich potrzeb emocjonalnych głównie w rodzinie, która świat zewnętrzny spostrzega jako zagrażający;
- koalicja rodzicielska jest częściowo efektywna; rodzice kształtują swoje relacje według wzoru dominacji/poddania się;
- duże znaczenie przywiązuje się do słów⁴⁰.

Rozpatrując rodzinny kontekst obu zaburzeń w sposób bardziej szczegółowy, warto podkreślić, że w rodzinach narażonych na wystąpienie anoreksji zaobserwowano istnienie zatartych granic pomiędzy poszczególnymi subsystemami oraz członkami rodziny, co wpływa zarówno na sposób funkcjonowania rodziny jako całości, jak i poszczególnych osób. Konsekwencją tego splątania, zatarcia są niejasne role, zanikanie różnic pomiędzy subsystemami, niezwykle intensywność rodzinnych interakcji. Granice, które definiują autonomię, są tak zatarte, że funkcjonowanie w sposób zindywidualizowany jest radykalnie ograniczone. Jednocześnie zatartym granicom wewnątrzrodzinnym towarzyszy często sztywna granica oddzielająca rodzinę anorektyczną od świata zewnętrznego. Wskazuje się tu także na nadopiekuńczość, która jest rozumiana jako wyraz, a zarazem następstwo silnego wiązania. W rodzinach tak funkcjonujących krytyczny moment przypada na okres dojrzewania ze względu na poważne trudności, jakich doświadczają dzieci w procesie separacji/indywidualizacji. Indywidualizacja oznacza umiejętność tworzenia wewnętrznych i zewnętrznych granic, np. oddzielenia swojego zdania, życzeń i fantazji, praw i obowiązków (zwłaszcza tych, które odnoszą się do ciała i jego potrzeb) od życzeń, fantazji, praw i obowiązków innych. Indywidualizacja to także zdolność do określania i przeforsowywania własnych celów, różniących się od celów podawanych przez otoczenie, zdolność akceptowania sprzecznych i bolesnych aspektów samego siebie, znoszenia ambiwalencji i przejęcia odpowiedzialności za własne zachowanie⁴¹. Również w rodzinach osób chorujących na bulimie stwierdzono m.in. nadmierne uwikłanie emocjonalne, postawy nadopiekuńcze, słabą autonomię członków rodziny, utrzymujące się ze względu na lojalność rodzinną sztywne wzory funkcjonowania, trudności w rozwiązywaniu sytuacji konfliktowych. Istnieją tu także wspomniane problemy dotyczące granic zarówno osób, jak i subsystemów, zaś waga, wygląd i osiągnięcia są istotnymi czynnikami mającymi stanowić o poczuciu kompe-

⁴⁰ G. WEBER, H. STIERLIN: *In Liebe entzweit. Ein systemischer Ansatz zum Verständnis und zur Behandlung der Magersuchtfamilie*. Reinbek bei Hamburg 1991. Podano za: B. JÓZEFIK, R. ULASIŃSKA: *Perspektywa rodzinna a rozumienie zaburzeń odżywiania się*. W: *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Red. B. JÓZEFIK. Kraków 1999, s. 100.

⁴¹ B. JÓZEFIK, R. ULASIŃSKA: *Perspektywa rodzinna rozumienie zaburzeń odżywiania się...*, s. 92.

tencji. Ponadto rozwój bulimii odzwierciedla systemową trudność uzyskiwania niezależności przy przejściu z okresu adolescencji do dorosłości⁴². Rola rodziny i postaw rodzicielskich w powstawaniu zaburzeń odżywiania wydaje się zatem ogromna.

Jak pisze Janusz Surzykiewicz, dyktat mody i presja stereotypów sprawiają, że wygląd fizyczny dorastających dziewcząt rzadko spełnia normy społeczne i w rezultacie jest nieakceptowany przez nie same. Często obserwuje się chude dziewczyny na ciągłej diecie z zaniżoną samooceną i samoakceptacją, ponieważ stawiane wymagania są nierealne⁴³. Niestety, liczne przypadki bulimii i anoreksji nie są wystarczającym argumentem do zmiany, tym bardziej, że media wciąż motywują kobiety do wysiłku mającego na celu poprawę wyglądu⁴⁴. Jednocześnie w kontekście prowadzonych rozważań należy podkreślić, że wyniki badań dorastających kobiet⁴⁵ pokazały, iż zaburzenia odżywiania dziewczęta najczęściej tłumaczyły sytuacją w rodzinie. Z ich punktu widzenia zaburzenia te były wynikiem błędów wychowawczych, dziewczęta wskazywały na niewielkie wsparcie ze strony rodziców w procesie nabywania pewności siebie i zyskiwania niezależności oraz podkreślały, że były niedoceniane w domu. Do zaburzeń odżywiania prowadzą, zdaniem badanych, „kompleksy niższości”, a nie propagowane w mediach ideały piękna. Wszystko to jedynie potwierdza i podkreśla rolę rodziców i znaczenie stosowanych strategii i kompetencji wychowawczych w kształtowaniu pozytywnego wizerunku własnego ciała, który często wyznacza zachowania i postawy względem ciała i jednocześnie szeroko rozumianego zdrowia dziewcząt i kobiet. Dlatego warto wziąć pod uwagę sformułowane przez Beatę Mirucką i Olgę Sakson-Obadę⁴⁶ wskazania mające ułatwić rodzicom i opiekunom funkcjonowanie w roli wrażliwych „moderatorów” rozwoju Ja cielesnego dzieci, a wśród nich w szczególności zalecenie: „Nie stawiaj w centrum zainteresowania wyglądu zewnętrznego twojego dziecka. Częste uwagi na temat kształtu i wagi ciała są tego przykładem. Rozszerzaj granice swojej uwagi na inne sfery atrakcyjności swojego dziecka: jego sprawności fizyczne, intelektualne, interakcyjne. Twoje zróżnicowane spostrzeganie jego cech i umiejętności ułatwi mu osiągnięcie integracji psychosomatycznej, przeżywanie siebie jako bezpiecznej i zintegrowanej całości”. Ann Kearney-Cooke podaje liczne wskazówki, którymi

⁴² Ibidem, s. 100–101.

⁴³ J. SURZYKIEWICZ: *Współczesne dziewczyny nie mają problemów?*..., s. 17.

⁴⁴ B. KURDYBACHA: *Ideał dziewczyny i chłopaka – rola stereotypów w młodzieńczych związkach uczuciowych*. W: *Rola płciowe. Socjalizacja i rozwój*. Red. M. CHOMCZYŃSKA-RUBACHA. Łódź 2006. Podano za: J. SURZYKIEWICZ: *Współczesne dziewczyny nie mają problemów?*..., s. 17.

⁴⁵ C. STEINER-ADAI: *Körperstrategien. Weibliche Adoleszenz und die Entwicklung von Essstörungen*. W: *Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen*. Red. K. FLAAKE, V. KING. Berlin 2003. Podano za: J. SURZYKIEWICZ: *Współczesne dziewczyny nie mają problemów?*..., s. 18–19.

⁴⁶ B. MIRUCKA, O. SAKSON-OBADA: *Ja cielesne*..., s. 161–162.

powinni kierować się rodzice chcący promować u swojego dziecka pozytywny wizerunek ciała. Wśród nich najistotniejsze wydaje się:

- nauczanie córki (syna) zwracania uwagi na odczucia płynące z wnętrza ciała; świadomość ciała jest ważna dla ukształtowania się tożsamości oraz dla zdrowia psychicznego;
- nauczanie dziecka krytycznego podejścia do informacji zawartych w mediach, uświadomienie mu, że przekazy emitowane w reklamie, teledyskach, kolorowych czasopismach, dotyczące tego, jak należy wyglądać, czuć się, zachowywać, rzadko kiedy pokrywają się z rzeczywistością;
- promowanie zdrowego postrzegania siebie (samoobserwacji), co pośrednio może pomóc dziecku w wyznaczeniu właściwej wagi i kształtu sylwetki (pamiętając o zdrowym żywieniu, ćwiczeniach, wypoczynku) oraz ułatwiać rozmowy dotyczące dbałości o ciało; ten rodzaj modelowania zwiększa szanse na to, że w procesie identyfikacji dziecko będzie lepiej czuło się ze swoim ciałem⁴⁷.

Nie ulega wątpliwości, że obecnie powszechne jest zjawisko redukcji tożsamości do wizerunku cielesnego. Taka tożsamość – jak pisze Aneta Ostaszewska – staje się iluzją, fałszywym ideałem, który obiecuje ziścić się poprzez konsumpcję i naśladowanie dostępnych wzorów. Szczególna uwaga w tym względzie powinna zostać skierowana na powszechność nieprawidłowości związanych z postrzeganiem własnego ciała⁴⁸, jak również wynikających z tego praktyk cielesnych mających bezpośredni wpływ na zdrowie jednostki. Ponadto, jak twierdzi Ellyn Kaschack, „niezwykle trudno dziewczętom i kobietom rozwinąć dobrze zintegrowaną tożsamość, która byłaby określona raczej wewnętrznie niż zewnętrznie – a więc względnie stabilna i niezależna od zmian w wyglądzie i od ich oceny, a także oparta na rzetelnym testowaniu zdolności i umiejętności, a nie na biernej akceptacji cudzych opinii”⁴⁹. W tym kontekście rola rodziców i wychowawców powinna sprowadzać się do pomocy w budowaniu stabilnego poczucia własnej wartości i tożsamości młodych dziewcząt, tak aby mogły one skutecznie tworzyć wizerunek własnej osoby w oparciu o wartości i atrybuty związane nie tylko z wyglądem ciała. Stabilne poczucie własnej tożsamości jest niezwykle istotne, bowiem jednostka posiadająca je „wykształciła przez wczesne relacje zaufania kokon ochronny, który w sytuacjach życia codziennego izoluje ją od wpływu czynników, które mogłyby naruszyć całość jej tożsamości i zagrozić poczuciu własnej wartości. Wreszcie jednostka taka jest w stanie uznać własną

⁴⁷ A. KEARNEY-COOKE: *Familial Influences on Body Image Development*. W: *Body Image: a Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*. Red. T.F. CASH, T. PRUZINSKY. New York 2002. Podano za: A. BRYTEK-MATERA: *Obraz ciała – obraz siebie...*, s. 23–24.

⁴⁸ A. OSTASZEWSKA: *Popkulturowe ramy tożsamości. Media, kultura popularna, internet jako nowe środowiska kształtowania tożsamości*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, 2012, s. 12. Źródło: <http://www.ore.edu.pl>; Data dostępu: 20.09.2012 r.

⁴⁹ E. KASCHACK: *Nowa psychologia kobiety...*, s. 78.

wartość. Ma dość szacunku dla samej siebie, by zachować poczucie, że żyje, czyli, że refleksyjnie kontroluje rzeczywistość, a nie jest jedynie jej bezwolnym elementem”⁵⁰.

Bibliografia

1. AINSWORTH M.D.S.: *Attachment: Retrospect and Prospekt*. W: *The Place of Attachment in Human Behaviour*. Red. C.M. PARKES, J. STEVENSON-HINDE. New York 1982.
2. BORYSENKO J.: *Księga życia kobiety. Ciało – Psychika – Duchowość*. Gdańsk 2002.
3. BRANNON L.: *Psychologia rodzaju*. Gdańsk 2002.
4. BRYTEK-MATERA A.: *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Warszawa 2008.
5. DANEK A.: *Dysfunkcjonalność rodziny. Wybrane konsekwencje psychopedagogiczne na przykładzie młodzieży z otyłością prostą*. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego MCLXXXIX, Prace Pedagogiczne, z. 25, 1996.
6. GIDDENS A.: *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. Tłum. A. SZULŻYCKA. Warszawa 2010.
7. JABŁOW M.: *Na bakier z jedzeniem*. Tłum. M. PRZYLIPIAK. Gdańsk 1993.
8. JÓZEFIK B., ULASIŃSKA R.: *Perspektywa rodzinna a rozumienie zaburzeń odżywiania się*. W: *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Red. B. JÓZEFIK. Kraków 1999.
9. JUSIŃSKI K., KRZEMIONKA D.: *Wygynani z ciała. „Style i Charaktery”* 2013, nr 3.
10. KASCHACK E.: *Nowa psychologia kobiety. Podejście feministyczne*. Tłum. J. WĘGRODZKA. Gdańsk 1996.
11. KEARNEY-COOKE A.: *Familial Influences on Body Image Development*. W: *Body Image: a Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*. Red. T.F. CASH, T. PRUZINSKY. New York 2002.
12. KURDYBACHA B.: *Ideał dziewczyny i chłopaka – rola stereotypów w młodzieżowych związkach uczuciowych*. W: *Role płciowe. Socjalizacja i rozwój*. Red. M. CHOMCZYŃSKA-RUBACHA. Łódź 2006.
13. LEWICKI C.: *Edukacja zdrowotna: systemowa analiza zagadnień*. Rzeszów 2006.
14. MAJEWSKA-OPIELKA I.: *Siła kobiecości*. Sopot 2011.
15. MIRUCKA B., SAKSON-OBADA O.: *Ja cielesne. Od normy do zaburzeń*. Sopot 2013.
16. OSTASZEWSKA A.: *Popkulturowe ramy tożsamości. Media, kultura popularna, internet jako nowe środowiska kształtowania tożsamości*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, 2012. Źródło: <http://www.ore.edu.pl>; Data dostępu: 20.09.2012 r.
17. PLOPA M.: *Psychologia rodziny: teoria i badania*. Kraków 2007.
18. PRZETACZNIKOWA M.: *Rozwój i wychowanie dzieci i młodzieży w średnim wieku szkolnym*. Warszawa 1971.
19. SAKSON-OBADA O.: *Pamięć ciała. Ja cielesne w relacji przywiązania i w traumie*. Warszawa 2009.

⁵⁰ A. GIDDENS: *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. Tłum. A. SZULŻYCKA. Warszawa 2010, s. 70–142.

20. SCHILDER P.: *The Image and Appearance of the Human Body*. New York 1950.
21. SIKORSKA I.: *Doświadczenie własnego ciała w biegu życia*. W: *Zdrowie – stres – choroba w wymiarze psychologicznym*. Red. H. WRONA-POLAŃSKA. Kraków 2008.
22. SITNIK K.: *Psychologia kobiety*. W: *Psychologia. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych*. Red. A. TRZCIENIECKA-GREEN. Kraków 2006.
23. STEINER-ADAIR C.: *Körperstrategien. Weibliche Adoleszenz und die Entwicklung von Essstörungen*. W: *Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen*. Red. K. FLAAKE, V. KING. Berlin 2003.
24. SURZYKIEWICZ J.: *Współczesne dziewczyny nie mają problemów? Obraz współczesnych nastolatek i jego znaczenie w pracy edukacyjno-wychowawczej z dziewczętami*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, 2012. Źródło: <http://www.ore.edu.pl>; (data dostępu: 20.09.2012)
25. TOBIASZ-ADAMCZYK B.: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków 2000.
26. WEBER G., STIERLIN H.: *In Liebe entzweit. Ein systemischer Ansatz zum Verständnis und zur Behandlung der Magersuchtfamilie*. Reinbek bei Hamburg 1991.
27. ZIEMSKA M.: *Postawy rodzicielskie*. Warszawa 1973.
28. ZIEMSKA M.: *Rodzina i dziecko*. Warszawa 1986.